

## Appel à projet

(Établir une fiche par projet)

### Demande de soutien :

Matériel     Financier    *Si demande de subvention, remplir le CERFA 12156\*06*

**Intitulé du projet**

**Demandeur**

N° SIRET

Nom:

Prénom:

Adresse:

Code postal

Commune:

N° de téléphone

Adresse électronique:

**Enjeu DGO retenu :**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="radio"/> La vitesse                  | <input type="radio"/> Les risques routiers prof. | <input type="radio"/> Le partage de la voirie  |
| <input type="radio"/> L'alcool et les stupéfiants | <input type="radio"/> Les jeunes                 | <input type="radio"/> Les deux-roues motorisés |
| <input type="radio"/> Les distracteurs            | <input type="radio"/> Les seniors                | <input type="radio"/> Les piétons              |

**Description de l'action**

**Lieu(x), date(s),  
horaires et durée de  
l'action**

**Public visé / envisagé**

**Nombres de  
personnes ciblées**

[Yellow header bar]

**Liste des partenaires associés au projet** [Empty box]

**Besoin d'outils pour mener votre projet**

*La préfecture peut mettre à votre disposition divers outils ... (sous réserve de disponibilité)*

- Témoignage
- Engin de Déplacement Personnel Motorisé (trottinettes électriques...)
- Test au choc (simulation d'un choc vitesse < 20 km/h)
- Simulateur 2 roues motorisées
- Simulateur 4 roues motorisées
- Parcours alcool (lunettes simulation alcoolémie et accessoires)
- Réactionmètre
- Atelier rapport au risque (participation financière demandée aux entreprises)
- Véhicule accidenté
- Ethylo-test chimique (usage unique)
- Ethylo-test électronique (contrôles préventifs, avec enregistrement mesures)
- Autres [Empty box]

<b>Coût du projet</b>	<b>Plan de financement prévisionnel</b>
[Empty box]	<input type="checkbox"/> Conseil régional [Empty box]
	<input type="checkbox"/> Conseil départemental [Empty box]
	<input type="checkbox"/> Agglomération Laval [Empty box]
	<input type="checkbox"/> Commune [Empty box]
	<input type="checkbox"/> Autre partenaire [Empty box]
	<input type="checkbox"/> Fonds propres [Empty box]
	<input type="checkbox"/> Subvention demandée (PDASR) [Empty box]

Fait à [Empty box]

Le [Empty box]

Le bénéficiaire (nom, qualité, cachet) [Empty box]

[Empty box]

**A retourner :**

Soit par courrier adressé à :

DDT de la Mayenne, unité SRC  
Cité administrative – Rue Mac Donald  
53063 LAVAL Cedex 9

soit par messagerie : [ddt-serbha-src@mayenne.gouv.fr](mailto:ddt-serbha-src@mayenne.gouv.fr)